

"RHINOENTOMOPHTHOROSIS"

- (¹) CÂNDIDO PINHEIRO DE LIMA
(²) JOSÉ GERARDO DE OLIVEIRA
(³) HAMILTON DOS SANTOS MONTEIRO
(⁴) JOSÉ FERREIRA DA ROCHA FILHO

RESUMO

Os autores apresentam dois casos de pacientes portadores de Rhinoentomophthorose. Acreditam serem, respectivamente, o 3.^o e 4.^o casos da literatura brasileira. Discutem a apresentação clínica, diagnóstica, tratamento e evolução da enfermidade.

SUMMARY

The authors present two cases of patient which carry Rhinoentomophthorose. They believe to be the third and forth cases of Brazilian literature. They talk about the clinic apresentation, diagnostic treatment and the evolution's sickness.

A Rhinoentomophthorose origina-se de um phycomiceto, a Entomophthora coronata. Manifesta-se como infecção de natureza crônica que afeta primordialmente as vias aéreas superiores. Coube em 1963, a Martinson, (⁴) o mérito de primeiro tê-la descrito como enfermidade humana. Também pioneiros, neste sentido, são os trabalhos de Bras et col(³) e Renoitre et col.(⁶) Desde então não tem sido excepcionais as publicações sobre o assunto. A literatura brasileira, no entanto, tem se mostrado extremamente pobre na abordagem da enfermidade. Entre nós, coube a Andrade e col, (¹) em 1967, o mérito da primeira publicação, apresentando o caso de um paciente Pos-

teriormente, em 1973, (²) voltou a referir-se sobre o assunto apresentando um segundo caso. Revendo nossa literatura não fomos capazes de encontrar outras referências. Apresentamos aqui o que presumimos ser o 3.^o e 4.^o casos brasileiros da doença.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Caso 1 — J.A.S., do sexo masculino, com 30 anos de idade, cor branca, de procedência rural, foi atendido em nossa clínica particular em outubro de 1974. Referia há 1 ano obstrução nasal progressiva à esquerda, ao mesmo tempo que notava alargamento e abaulamento da pirâmide nasal

Trabalho desenvolvido na Clínica Oncológica da Santa Casa de Fortaleza.

(¹) Chefe da Clínica Oncológica da Santa Casa de Fortaleza.

(²) Médico Adjunto da Clínica Oncológica da Santa Casa de Fortaleza.

(³) Patologista da Clínica Oncológica da Santa Casa de Fortaleza.

(Fig. 1). Negava epistaxe. Percebia-se ao exame físico alargamento da fossa nasal E e abaulamento da pirâmide com acentuado aumento da espessura



Fig. 1 — Caso 1: Abaulamento e deformidade da pirâmide nasal.

das paredes superior e lateral. A columela não se mostrava afetada. A pele do revestimento nasal apresentava-se íntegra, em alguns pontos avermelhada com evidente aumento da circulação local. A rinoscopia anterior via-se a fossa esquerda totalmente preenchida por tumoração que partia das paredes superior e lateral aberrantemente alargadas. A mucosa apresentava-se íntegra, de coloração acinzentada e algo aderido à tumefacção. A integridade do revestimento mucoso septal era evidente. A rinoscopia posterior identificava-se o mesmo aspecto visto anteriormente, ao nível da cauda dos cornetos. A enfermidade não ultrapassava as coanas.

O estudo radiográfico (Fig. 2) revelou imagem tumoral de densidade de partes moles projetando-se sobre a fossa nasal e parede lateral E da pirâmide, espessamento da mucosa de ambos os seios maxilares, velamento das células etmoidais a E e ausência de seios frontais.

Durante o ato cirúrgico realizou-se

cortes por congelção, não se sabendo então da real natureza da doença, mas apenas não tratar-se de neoplasia maligna. Baseados nisto, ressecamos toda a parede lateral e porção superior da pirâmide, respeitando-se a porção óssea. A porção septal por não mostrar-se afetada não foi agredida. A ressecção do revestimento mucoso lateral prolongou-se até a coana. A reconstrução foi efetuada às custas de retalhos médio-frontal e nasogeniano (Fig. 3).

O estudo anatomopatológico da peça operatória mostrou tratar-se de rhinointomophthrose (Fig. 4). O paciente, após 2 anos de operado, mos-

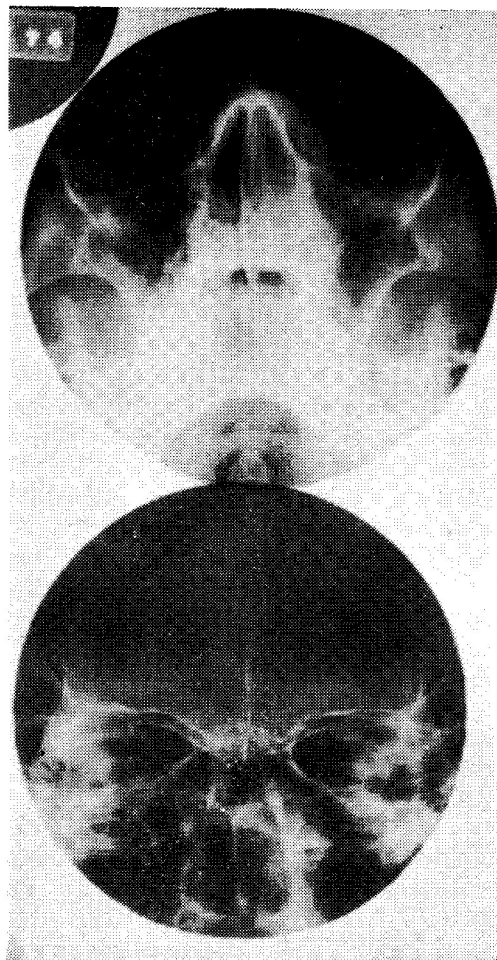


Fig. 2 — Caso 1: Espessamento das paredes da pirâmide nasal principalmente à E. Ausência de seios frontais.

tra-se assintomático, sem sinais de reativação da enfermidade.

Caso 2 — R.M.S., com 19 anos de idade, do sexo masculino, cor parda, de procedência rural, foi atendido na Clínica Oncológica da Santa Casa em janeiro de 1975. Referia há 8 meses abaulamento e obstrução nasal progressiva. Ao exame físico notava-se abaulamento da pirâmide principalmente a esquerda. A pele, apesar de

adelgada e brilhosa, exibia integridade, mostrando em alguns pontos aderências ao tumor. À rinoscopia anterior percebia-se preenchimento de ambas as fossas nasais por tumefacção originária das paredes laterais das mesmas, com notável respeito pela parede septal.

O estudo radiográfico (Fig. 5) revelou: tumoração de partes moles sem invasão óssea, com alargamento intenso das paredes superior e lateral da pirâmide.

A biópsia efetuada revelou tratar-se de rhinoentomophthorose.

O paciente foi então submetido à ressecção ampla da pirâmide, respeitando-se o septo osteo-cartilaginoso-mucoso e o restante do arcabouço ósseo. A reparação (neorinoplastia) fez-se às custas do retalho de Converse.

O estudo anatomo-patológico da peça operatória confirmou o achado da biópsia (Fig. 6).

O paciente esteve bem e controlado até 8 meses após a cirurgia, quando então fugiu ao "follow-up".

COMENTÁRIOS

Desde sua identificação como enfermidade humana, em 1963,(4) a Rhinoentomophthorose tem merecido a atenção de alguns autores. Entre nós as publicações sobre o assunto tem sido raras. (1-2). Apenas dois casos parecem ter antecedido aos nossos na literatura brasileira.

A doença parece afetar primordialmente os homens. Incide principalmente na adultícia, embora não esteja confinada a ela. Sua apresentação faz-se geralmente com abaulamento irregular da face e obstrução nasal progressiva. Isto em decorrência do crescimento do granuloma, que, instala-

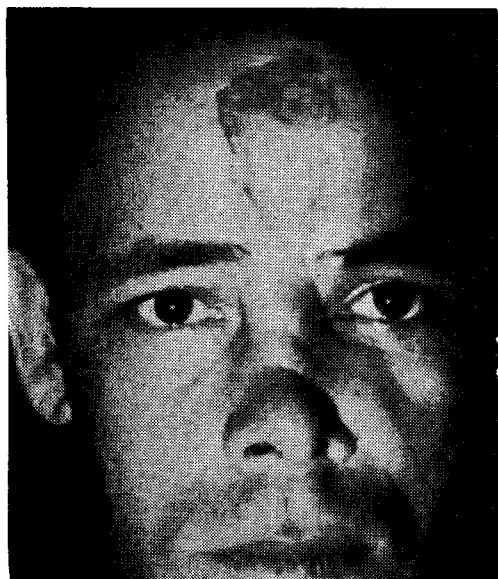


Fig. 3 — Caso 1: Reparação — Duplo retalho: médio frontal e nasogeniano.

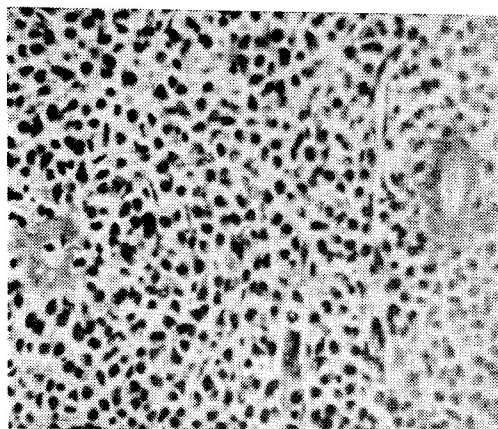


Fig. 4 — Caso 1: Duas hifas cortadas transversalmente envoltas por denso exsudato, predominantemente plasmocitário.

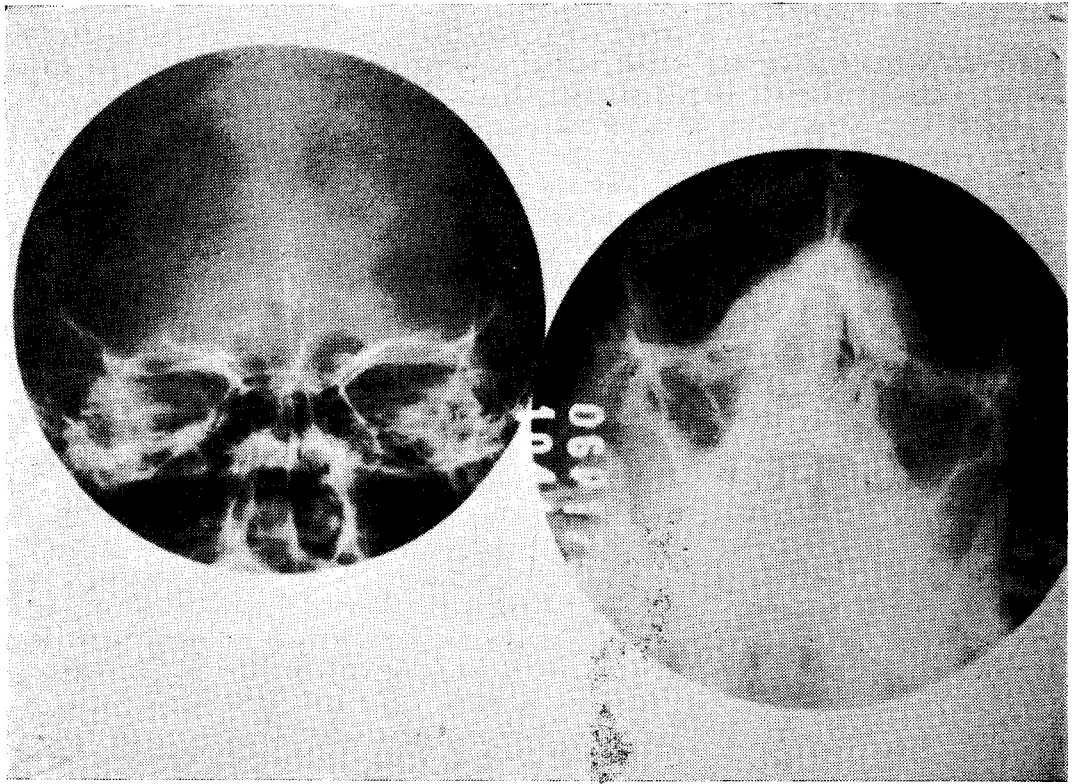


Fig. 5 — Caso 2: Aumento intenso das partes moles da pirâmide. Preenchimento das fossas nasais. Ausência de invasão óssea.

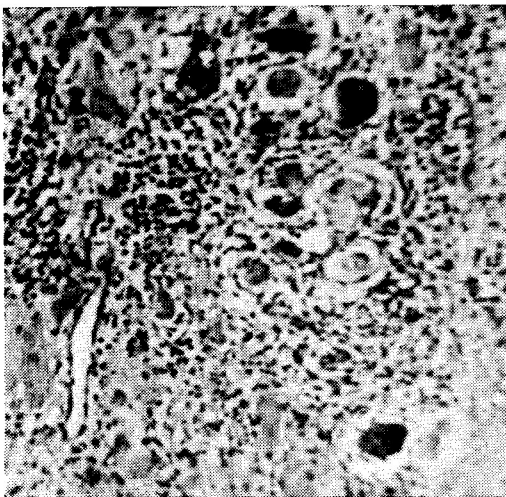


Fig. 6 — Caso 2: Área de reação gigante celular, atingindo tecido muscular estriado esquelético.

do na submucosa, geralmente do corneto inferior, cresce no sentido de vários pontos do nariz e seios. O crescimento faz-se, ou pelos planos das fâscias para a asa nasal e lábio superior, ou através das suturas e forames para o dorso nasal, glabella, fronte e bochechas, sendo responsável pela deformação da estética ocasionada pela doença.

As lesões fasciais são geralmente muito duras com margens bem definidas, discreta mobilidade, sendo recobertas por pele íntegra, que algumas vezes mostra-se hiperemiada. A mucosa geralmente também é intacta.

A doença cresce centrifugamente, porém, massas isoladas sem relação aparente entre si, podem ser vistas.

Apesar das fossas nasais, às vezes, mostrarem-se ocupadas por massas muito crescidas, a epistaxe é rara. Martinson(5) refere apenas dois em dezesseis pacientes com esta ocorrência.

O estudo radiográfico mostra geralmente um aumento dos tecidos moles, que podem chegar a invadir, além da fossa, os seios paranasais. Uma das características mais marcantes da enfermidade é a não invasão do tecido ósseo.

O quadro histológico é melhor visto pela seção da lesão intra-nasal. Ele geralmente mostra um tecido conjunti-

vo com áreas acentuadamente colagenizadas e densamente infiltradas por linfócitos, plasmócitos, histiócitos e algumas células gigantes do tipo corpo estranho. Vê-se, também, hifas não septadas interpretadas como *Entomophthora coronata*.

O tratamento de nossos casos foi essencialmente cirúrgico, com resultados excelentes. Há referências e preferências por parte de alguns autores ao tratamento com iodeto de potássio ou sulfametoxazol com trimetropin.(5) Andrade(2) lembra, também, bons resultados com o tratamento cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Andrade, Z. A.; Paula, L. A.; Sherlock, I. A., e Cheever, A. W.* — Nasal granuloma caused by *Entomophthora coronata*. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 16:31-33, 1967.
2. *Andrade, Z. A. e Andrade, S. G.* — Nasal entomophthorosis. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*: 22:361-364, 1973.
3. *Bras, G.; Gordon, C. C.; Emmons, C. W.; Prendegast, K. M. e Sugar, M.* — A case of phycomycosis observed in Jamaica. *Am. J. Trop. Med.* 14:141-145, 1965.
4. *Martinson, F. D.* — Rhinophycomycosis. *J. Laringol.*, 77:691-705, 1963.
5. *Martinson, F. D.* — Chronic phycomycosis of the upper respiratory tract. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 20: 449-455, 1971.
6. *Renoitre, R.; Vandepitte, J.; Gatti, F. e Werth, R.* — Phycomycose nasofaciale (Rhinophycomycose) due à *Entomophthora coronata*. *Bull. Soc. Pathol. Exot.*, 58:847-862, 1965.
7. *Roy, A. D. e Cameron, H. M.* — Rhinophycomycosis entomophthoral occurring in a chimpanzee in the wild in east Africa. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 21:234-237, 1972.